

Grammatik der Körpersprache

Körpersignale in Psychotherapie und Coaching entschlüsseln und nutzen

Bearbeitet von
Sabine Trautmann-Voigt, Bernd Voigt, Wolfgang Wöllner, Ulrich Sachsse

1. Auflage 2009. Buch. XIX, 362 S. Hardcover
ISBN 978 3 7945 2556 0
Format (B x L): 16,5 x 24 cm
Gewicht: 880 g

[Weitere Fachgebiete > Psychologie > Psychotherapie / Klinische Psychologie](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei


DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

Es wird in jedem Fall Folgen haben, wenn der Moro-Reflex nicht zur richtigen Zeit durch Beruhigen und Trösten gehemmt wird und das Kind nicht allmählich lernt, eine komplexe und auf spätere Situationen angemessene Schreckreaktion zu entwickeln. Dies geschieht aber genau dann, wenn die *haltende Umwelt* versagt und übermäßig häufig Situationen auftreten, in denen der Säugling überreizt wird. Auf die wichtige Bedeutung der Taktilität für die frühe körpersprachliche Kommunikation kommen wir zurück (vgl. Kap. 5.2.4, S. 105 ff.).

Der vollständig entwickelte Moro-Reflex gehört zu der Gruppe von Reflexen (wie der Such-, Saug-, Handgreif- und Fußgreifreflex), die das Greifen und Umklammern fördern. Als **binäres (zweiseitiges) Bewegungsmuster** ist also das Moro-Bewegungsmuster eine Erweiterung des Rückzugsreflexmusters. Es schützt das Baby vor einer übersteigerten Rückzugsantwort auf einen bedrohlichen Reiz und hat eine erhebliche Signalfunktion. Schon hier wird klar, dass gesunde Lebewesen immer über eine körpersprachliche Sowohl-als-

auch-Möglichkeit verfügen. Hier ist das körpersprachliche Muster eines, das ein Öffnen *und* ein Schließen umfasst. Wenn diese zweite Entwicklungsstufe überaktiv bleibt, wirken sich die Reflexe in einer umgekehrten Kettenreaktion aus.

Auf die Bedeutung der Sowohl-als-auch-Variabilität in der Körpersprache und bei der Darstellung körpersprachlicher Analysen und Interventionen in der psychotherapeutischen Praxis kommen wir in Kapitel 6.3 (S. 149 ff.) des vorliegenden Buches zurück.

Strauss-Reflex

Die **reife Schreckreaktion** wurde 1929 (S. 111) von Strauss folgendermaßen beschrieben:

»Beine und Rumpf werden gebeugt, der Kopf wird nach vorn geneigt, die Schultern werden hoch und nach vorn gezogen, die Arme nach vorn gestreckt und nach innen gedreht; die Unterarme werden proniert, die Hände geschlossen, die Augen blinzeln, das Gesicht grimassiert und die Bauchmuskeln kontrahieren.«

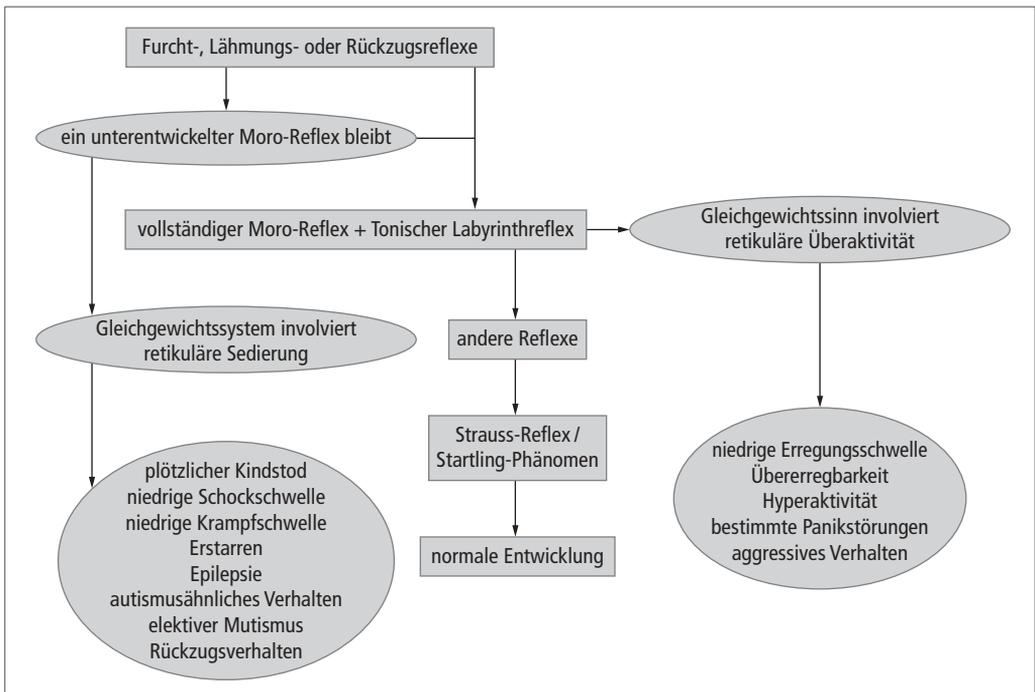


Abb. 4-3 Entwicklung der Schreckmuster (nach Goddard 2003, S. 62)

Sie ergibt sich aus dem unwillkürlichen Rückzugsreflex, aus dem Moro-Reflex und schließlich aus dem Strauss-Reflex (s. Abb. 4-3), welcher normalerweise um den 4. Lebensmonat in Erscheinung tritt: Das Kind spannt seine Muskulatur an, blinzelt, sucht aktiv die Gefahrenquelle und kann dann eine (sub-)kortikale Entscheidung treffen, wie es reagieren soll.

Erst wenn diese dritte Stufe, d.h. der Strauss-Reflex, erreicht ist, sollte die Aktivierung der beiden früheren Reflexmuster überwunden sein. Doch auch bei Erwachsenen, vor allem bei traumatisierten Patienten, sind noch alle **drei körperlich sichtbaren Reaktionsmuster in der Körpersprache** erhalten und laufen häufig vom reiferen über den mittleren bis zurück zum frühen Rückzugsreflexmuster ab:

1. Bei diesem Muster handelt es sich lediglich um einen Rückzug, der sich häufig im Oberkörper- und Schulterbereich deutlich erkennen lässt und mit einer körperlichen Erstarrung einhergeht.
2. Hierbei handelt es sich um ein Öffnen der oberen Extremitäten mit nachfolgender Erstarrung, flacher Atmung und einem anschließenden Zusammensinken.
3. Erst dieses Muster weist eine komplette Schutzhaltung mit Kontraktion auf, d.h. die sensiblen vorderen Organe im Bauchbereich sowie die Atmung können mithilfe der oberen Extremitäten geschützt werden, denn der Mensch ist in der Lage, sich vor einem (potenziellen) Angreifer wirkungsvoll zu verschließen. Dies wird auch als »Startling-Phänomen« nach seinem Entdecker bezeichnet. Dieses dritte Muster beinhaltet *sowohl* ein Öffnen *als auch* ein Schließen als komplexes Muster.

Eine der drei Körperreaktionen wird in Situationen, die unbewusst als extreme Gefahr bewertet werden, automatisch ausgelöst. Um diese körpersprachlichen Muster unter therapeutischer Perspektive hemmen zu können, bedarf es ihrer Kenntnis. Die Entwicklung der Strauss-Reaktion ist hierbei besonders wichtig. Sie ist das Äquivalent zu einer gesunden Stressreaktion und besteht in folgendem körpersprachlichen Muster: Kontraktion der vorderen Rumpfmuskulatur, Kontraktion der oberen Schultermuskulatur, Beu-

gung und Zusammenziehen um die vertikale (Längs-)Achse des Körpers, um auf diese Weise die inneren Organsysteme vor einem frontalen Angriff zu schützen. Körpersprachliche Interventionen zielen z.B. auf die Fähigkeit, Öffnen und Schließen in einem fließenden Bewegungsprozess (wieder) zu erproben unter der bestätigten Annahme, dass dabei Affekte, die z.B. über dieses Körperstereotyp fixiert wurden, wieder zugänglich werden. Dieses und andere reflexhafte Stereotypen treten nicht nur im Säuglings- und Kindesalter auf, sondern bleiben als affektmotorisch kodierte *Körperabwehrmuster* ein Leben lang bestehen.

Frau B. (67 Jahre) zog unter widrigen Umständen als Nachkriegswitwe in einer kleinen Stadt drei Kinder groß. Sie kommt in die Therapie, weil sie chronische Nackenschmerzen hat und das kleinste von sechs Enkelkindern, das gerade ein Jahr alt geworden war, nicht mehr hochheben kann. Nicht mehr versorgen zu können, hat sie in eine tiefe Verzweiflung gestürzt.

Frau B. sitzt im Erstgespräch wie erstarrt vor mir. Den Kopf, verkrampft nach schräg hinten geneigt, die Brust nach vorne gedrückt, die rechte Körperseite zusammengezogen, wirkt sie wie ein verschrecktes Kind, das mit weit aufgerissenen Augen einer Bedrohung entgegenblickt: »Meine Lebensaufgabe war es, meine Kinder großzuziehen und ihnen jetzt bei der Erziehung ihrer Kinder zu helfen. Ich kann nicht mehr, und das macht mich fertig.« Körpersprachlich zeigt Frau B. einen unreifen Schreckreflex, der das Öffnen und Erstarren im Oberkörper ermöglicht, aber das Schließen und Sichschützen verhindert. Damit drückt sie aus, wie schockiert sie darüber ist, nicht mehr versorgen zu können. Das Versorgen der anderen hatte sie am Leben gehalten. Nicht mehr versorgen zu können ist für sie gleichbedeutend mit Sinnlosigkeit und Tod. Tod verbindet sie mit Krieg und Verlust des Ehemannes. Die chronischen Nackenschmerzen sind als *maladaptives Haltemuster* zu verstehen, das eine Sowohl-als-auch-Bewegung zwischen Öffnen und Verschließen verhindert. Sich verschließen bedeutet auch: sich selbst schützen, sich auf sich selbst besinnen können und sich nicht nur für andere verausgaben müs-

sen. Die stete Sorge um andere schützte Frau B. aber davor, sich mit dem Trauma des Verlusts auseinanderzusetzen zu müssen.

In der Therapie experimentierte sie zunächst damit, ihre Hände zu öffnen und zu schließen, schließlich die Arme in diese Bewegung mit einzubeziehen. Eine Veränderung ihrer Beweglichkeit im Brustbereich ging mit einer schmerzhaften Erinnerung an Arbeit einher. Bewegungsimprovisationen mit öffnenden und schließenden Gesten zu klassischer Musik führten zur allmählichen Lösung der blockierten Nackenmuskulatur und gleichzeitig zu Erinnerungen an die schreckliche Vergangenheit: Als sie die Nachricht vom Tod ihres Mannes erhalten hatte, war ihr drittes Kind ein Jahr alt. Das einjährige Enkelkind erinnerte sie nun daran. Mit dieser Erinnerung aber ist der Schock des Verlusts verbunden, der als körperlicher Schmerz wiederkehrt.

Tonischer Labyrinthreflex

Es wird unterschieden zwischen dem Tonischen Labyrinthreflex (TLR) *vorwärts* (s. Abb. 4-4) und dem TLR *rückwärts* (s. Abb. 4-5). Erstgenannter wird auch als »fetale Beugehaltung« bezeichnet und ist bereits bei der Geburt vorhanden. Er hält etwa vier Monate an. Der rückwärtige Tonische Labyrinthreflex entsteht bei der Geburt, seine Hemmung beginnt im Alter von etwa sechs Wochen bei gleichzeitiger Entwicklung der Kopfstellreflexe.

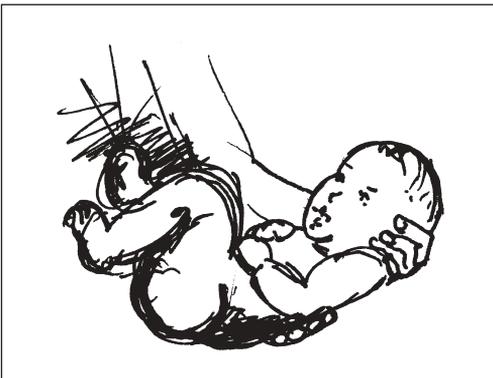


Abb. 4-4 Tonischer Labyrinthreflex vorwärts

Der TLR und der Moro-Reflex hängen in den ersten Lebensmonaten eng miteinander zusammen. Beide sind nämlich vestibulären Ursprungs, beide werden durch die Stimulation des Labyrinths, also durch jede Körperveränderung im Raum, aktiviert. Der TLR wird durch Bewegungen des Kopfes nach vorne oder nach hinten ausgelöst. Fällt der Kopf nach hinten über die Ebene des Rückgrats hinab, streckt das Baby spontan Ärmchen und Beinchen aus.

Interessanterweise ist die Hemmung des TLR erst im Alter von etwa drei Jahren vollständig abgeschlossen. Seine Bedeutung ist immens: Bestand im Uterus eine flüssige Umgebung, die alle sensorischen Reize dämpfte und in welcher auch die Schwerkraft kaum empfunden wurde, so beginnt mit der Geburt der problematische **Umgang mit der Schwerkraft**. Die Bewegung des Kopfes über die Mittellinie hinaus in vertikaler Richtung führt zu einer Extrembeugung oder -streckung. Dies beeinflusst den gesamten Muskeltonus im Körper von oben bis unten.

Mit spätestens sechs Monaten sollte diese Reaktion gehemmt sein, sodass der Kopf separat kontrolliert werden kann. Diese Kontrolle über den Kopf ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Entwicklung aller späteren Funktionen, denn der Kopf ist zunächst der Initiator für alle folgenden Bewegungen. Dieses angeborene Bewegungsmuster bezeichnet man als *cephalo-caudales Gesetz*. Es beschreibt eine Bewegung, die sich vom Kopf bis zu den Zehen abwärts vollzieht.

Der Tonische Labyrinthreflex bezieht sich auf die Muskelspannung bzw. auf den Bewegungsfluss im ganzen Körper. Er hilft bereits dem Neugeborenen, sich aus der gebeugten fetalen Haltung heraus zu bewegen und sich zu strecken. Damit wird die Propriozeption, d.h. das Gleichgewicht, der Muskeltonus und die Tiefensensibilität, trainiert.

Die Gefahr besteht, dass später, wenn der TLR nicht gehemmt wird, das vestibuläre System und dessen Interaktion mit anderen sensorischen Systemen gestört werden. Spätestens beim Laufen wird ein Kind, dessen TLR noch aktiv ist, Schwierigkeiten im sicheren Umgang mit der Schwerkraft haben, da jede Bewegung des Kopfes

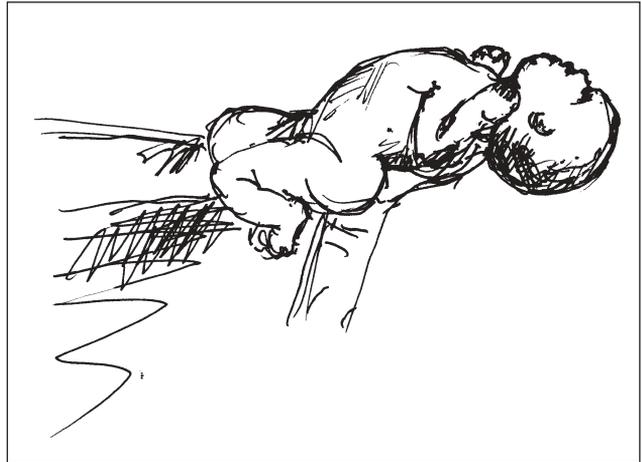


Abb. 4-5 Tonsischer Labyrinthreflex rückwärts

den Muskeltonus verändert und das Gleichgewichtszentrum beeinflusst. Ein Kind mit solchen Störungen hat keinen festen räumlichen Bezugspunkt, es wird möglicherweise Schwierigkeiten haben, Entfernungen, räumliche Tiefe und Geschwindigkeiten richtig einzuschätzen.

Unser **Richtungssinn** basiert auf der Wahrnehmung des Raumes, der uns umgibt. Ist dieser Bezugspunkt aber instabil, dann ist die Fähigkeit zur Unterscheidung von oben und unten, rechts und links sowie hinten und vorn ebenfalls Schwankungen unterlegen. Dies ist im Übrigen der Zustand, den Astronauten im Weltall erleben. In der Schwerelosigkeit kann es z.B. vorkommen, dass man plötzlich von rechts nach links schreibt und Buchstaben oder Zahlen verdreht oder Spiegelschrift benutzt. Dies demonstriert auch die besondere Bedeutung der Schwerkraft und der Balance für alle menschlichen Funktionsebenen.

Entwickelt sich die Kontrolle über die Kopfbewegungen unzureichend, wird dies auch die Funktion der Augen beeinflussen; denn die Augen werden von demselben Regelkreis im Gehirn gesteuert, dem vestibulo-okularen Reflexbogen.

Leicht entsteht ein Teufelskreis: Die Balance wird durch falsche visuelle Informationen beeinflusst, das Sehvermögen wiederum wird die Balance falsch interpretieren. Ein erhaltener TLR beeinflusst die Informationen, die zwischen den Vestibularkernen und den Propriozeptoren hin und her laufen. Dies hat Auswirkungen auf die Augen. Die Aktivität des TLR kann außerdem

verhindern, dass Kinder auf Händen und Knien krabbeln, da die Bewegung des Kopfes weiterhin zum Ausstrecken der Beine führt.

Kriechen und Krabbeln sind besonders wichtig, denn sie unterstützen ebenfalls gewisse Prozesse der Reflexhemmung. Beim Krabbeln müssen das Gleichgewichtssystem, das visuelle System und das propriozeptive System erstmals zusammenarbeiten.

Auf dieser Stufe seiner motorischen Bewegungsentwicklung – auf der das Kind seinen Tiefensinn für den Raum, seinen eigenen Bezug zum Raum, und mit der Fortbewegung auch zur Zeit entwickelt – entsteht allmählich ein vollständiges Bild der umgebenden Umwelt. Die Determinanten des Seins: *Raum*, *Schwerkraft* und *Zeit* werden zunächst körpersprachlich integriert.

Werden Balance und Fortbewegung aufgrund des weiter bestehenden Einflusses des TLR beeinträchtigt, kann es zu ständigen Haltungsveränderungen kommen, z. B. zu einem allgemeinen Vorbeugen des Rumpfes oder zu der Neigung, ständig mit vorgestrecktem Kopf zu stehen. Ein schlaffer Muskeltonus kann die Folge sein, was einen eher müden oder apathischen Eindruck macht. Oder die Bewegungen beim Gehen, Rennen oder Springen wirken später eher ruckartig und steif. Kinder, deren TLR nicht rechtzeitig gehemmt wurde, entwickeln manchmal Höhenangst, da sie sich ihrer schlechten Balance durchaus bewusst werden. Eine Bewegung des Kopfes nach vorn führt bei ihnen dazu, dass sich die

Knie ebenfalls beugen, was das Gefühl auslöst, nach vorwärts in die Tiefe zu stürzen. Veränderungen in der Bodenbeschaffenheit werden häufig übersensibel wahrgenommen, da sich die Füße zur Erhaltung des Gleichgewichts häufig krampfhaft am Boden festkrallen. Fehlfunktionen der Augen in Verbindung mit der Grobmotorik können dann noch im späteren Alter zu einer gestörten visuellen Wahrnehmung der Entfernung und der Tiefe führen. Die Kontrolle über den Kopf ist auf der motorischen Ebene besonders wichtig. Ebenso bedeutsam ist es, eine gute Balance auf beiden Beinen zu entwickeln. Dadurch wird eine sichere Orientierung in Zeit und Raum möglich.

Eine stark übergewichtige Mutter kommt mit Jeremy (5½ Jahre) in die Therapie: Sie habe ihn »aufgrund seiner starken Sprachbegabung testen lassen«, weil sie ihn vor dem 6. Lebensjahr einschulen wolle. Er sei aber »beim Kinderarzt durchgefallen«, weil die motorische Entwicklung verzögert und der Junge überaus ängstlich sei, vor allem beim Treppen-Hinabsteigen, und keine Rutsche, Wippe oder Schaukel anrühre. Im Kontakt mit ihrem Sohn fällt auf, dass die Mutter immer sehr nah an ihn heran rückt, wenn sie über oder zu ihm spricht. Die Mutter wirkt auf mich so, als lasse sie ihm kaum Raum zum Atmen. Sie ist ständig nah bei ihm, steckt ihm das T-Shirt in die Hose und streichelt ihm immer wieder über den Kopf. Er wirft dann den Kopf fast ruckartig in den Nacken – vielleicht die einzige Möglichkeit, der eindringlichen Stimme und der übermächtigen Nähe seiner Mutter ein wenig zu entkommen?

Jeremy bewegt sich steif und unbeholfen. Im Stehen fallen der niedrige Muskeltonus, ein ausgestreckter kleiner Bauch und der vorgestreckte Kopf auf.

Ich gehe mit ihm am Schluss der Stunde die Treppe hinunter, er gibt mir scheu die Hand, noch bevor er auf die erste Stufe tritt. Er kann nicht wechselweise die Füße einsetzen, sondern muss auf jeder Stufe kurz anhalten und dort mit beiden Füßen zum Stand kommen. Die Mutter kommentiert: »Ja, das musst du jetzt aber lernen. Guck mal, die Frau Trautmann hat doch gar keine Zeit mehr, die muss jetzt das nächste Kind drannehmen!«

Vielleicht darf sich Jeremy kaum selbst ein Bild von seiner Umgebung machen, weil seine Mutter ihm wenig Raum zur eigenen Orientierung über Situationen und Menschen lässt. Ich vermute, dass er sich eingeengt fühlt und seine eigene Balance und Standfestigkeit auf seinen beiden eigenen Füßen noch nicht finden kann.

In der Therapie mit Jeremy ging es um die Förderung und Erweiterung seiner Raumwahrnehmung (z.B. im spielerischen Balancieren und Klettern) und vor allem darum, herauszufinden, was ihm im Umgang mit seinem eigenen Körpererleben Spaß machte.

Symmetrischer Tonischer Nackenreflex

Der Symmetrische Tonische Nackenreflex (STNR) hilft dem Säugling weiter, die Schwerkraft zu bewältigen, wenn er den Körper aufrichtet, um aus der Bauchlage auf Hände und Knie zu gelangen. Er beeinflusst die entscheidende Phasenentwicklung des Tonischen Labyrinthreflexes (TLR), indem er dessen Hemmung erleichtert, und führt in die nächste Stufe der Fortbewegung zum Krabbeln auf Händen und Knien.

In dieser Phase der frühkindlichen Bewegungsentwicklung bestimmt die Haltung des Kopfes die Haltung der Gliedmaßen. In der Vierfüßlerposition führt eine Beugung des Kopfes ebenfalls zu einer Beugung der Arme und zu einer Streckung der Beine (s. Abb. 4-6). Das Heben des Kopfes führt zu einer Beugung der Beine und zur Streckung der Arme (s. Abb. 4-7). Der Reflex entsteht sechs bis neun Monate nach der Geburt und sollte mit etwa neun bis elf Monaten gehemmt sein.

Während der TLR den Muskeltonus im *gesamten* Körper beeinflusst, teilt der Symmetrische Tonische Nackenreflex den Körper an der horizontalen Mittellinie in zwei Hälften. Bei angehobenem Kopf streckt sich die obere Körperhälfte, und der untere Teil bleibt gebeugt, bei gesenktem Kopf werden die Arme gebeugt und die Beine strecken sich.

Es können nun erstmals beide Körperhälften unabhängig voneinander benutzt werden. Noch ist eine Synchronisierung beider Körperhälften allerdings nicht möglich. Besteht der STNR sehr